



RAPPORT NR. 9-2026

**INNHold OG KVALITET I HJEMMETJENESTEN
GJERDRUM KOMMUNE**

FORVALTNINGSREVISJON

AUGUST 2026

INNHold

SAMMENDRAG	1
1 INNLEDNING	3
1.1 Bakgrunn for prosjektet.....	3
1.2 Formål og problemstillinger.....	3
1.3 Metode.....	3
1.3.1 Generelt.....	3
1.3.2 Dokumentanalyse	4
1.3.3 Intervju.....	4
1.3.4 Verifiseringsprosesser.....	4
1.4 Kommunedirektørens uttalelse	4
1.5 Revisjonskriterier	4
1.6 Organisering av pleie og omsorg i Gjerdrum kommune	5
2 KAPASITET OG KOMPETANSE.....	7
2.1 Problemstilling og revisjonskriterier	7
2.2 Omorganiseringen i 2024.....	7
2.3 Kapasitet i hjemmetjenesten	8
2.3.1 Bemanningsplanlegging.....	8
2.3.2 Tilstrekkelig kapasitet.....	8
2.3.3 Sykefravær	9
2.3.4 Velferdsteknologi og andre digitaliseringstiltak.....	10
2.4 Kompetanse i hjemmetjenesten	10
2.4.1 Opplæring av nytilsatte	10
2.4.2 Kartlegging av kompetanse	11
2.4.3 Kompetansehevende tiltak.....	11
2.5 Oppsummering	13
3 ERNÆRINGSBEHOV.....	15

3.1	Problemstilling og revisjonskriterier	15
3.2	Faktagrunnlag.....	15
3.2.1	Ernæring i hjemmetjenesten	15
3.2.2	Rutiner og prosedyrer	16
3.2.3	Kartlegging av ernæringsstatus	16
3.2.4	Individuelle ernæringsplaner	18
3.2.5	Oppfølging og evaluering av tiltak.....	19
3.3	Revisjonens vurdering	20
4	AVVIKSHÅNDTERING	21
4.1	Problemstilling og revisjonskriterier	21
4.2	Faktagrunnlag.....	21
4.2.1	System og rutiner for avvik	22
4.2.2	Avdekking og oppfølging av avvik.....	22
4.2.3	Avvik til bruk i læring og forbedring	23
4.3	Revisjonens vurdering	23
5	KONKLUSJON OG ANBEFALINGER	25
	LITTERATUR- OG KILDELISTE	27
	VEDLEGG 1 KOMMUNEDIREKTØRS UTTALELSE	28
	VEDLEGG 2 REVISJONSKRITERIER	29
	Revisjonskriterier og kilder	29
	Kompetanse og kapasitet.....	29
	Ernæring.....	29
	Avvik.....	31

Figurer

Figur 1 Administrativ organisering i Gjerdrum kommune fra 1. april 2024	5
Figur 2 Organisering av virksomhetsområdet pleie og omsorg	6
Figur 3 Skjema for tilstandsvurdering	17
Figur 4 Eksempel på tiltaksplan	19

SAMMENDRAG

Romerike revisjon har gjennomført en forvaltningsrevisjon av innhold og kvalitet i hjemmetjenesten i Gjerdrum kommune. Prosjektet ble bestilt av kontrollutvalget i Gjerdrum kommune den 6.10.2025 i sak 34/25.

Formålet med forvaltningsrevisjonen har vært å vurdere innhold og kvalitet i hjemmetjenesten i Gjerdrum kommune, med særlig vekt på kompetanse og kapasitet, oppfølging av brukernes ernæringsbehov og om kommunen bruker avviksmeldinger til forebygging og forbedringsarbeid.

Hovedfunn

1. Hjemmetjenestens kartlegging av ernæringsbehov ved oppstart av hjemmetjenester er ikke i tilstrekkelig grad dokumentert.
2. Oppfølging og evaluering av ernæringstiltak i hjemmetjenesten blir ikke i tilstrekkelig grad dokumentert.
3. Kommunen benytter ikke individuelle ernæringsplaner.
4. Kommunen benytter avviksmeldinger i hjemmetjenesten til å forebygge og følge opp uønskede hendelser.

Innledningsvis i undersøkelsen gis en beskrivelse av hvordan det arbeides med kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten i Gjerdrum kommune. Kommunen har gjennomført flere tiltak for å møte både dagens og fremtidige utfordringer med kapasitet og kompetanse i hjemmetjenesten. Det mest omfattende tiltaket er omorganiseringen i 2024 hvor det blant annet ble opprettet en felles sykepleiertjeneste i kommunen for å møte fremtidige utfordringer med å sikre tilstrekkelig kapasitet. Videre viser undersøkelsen at hjemmetjenesten har etablert en rekke tiltak for å sikre kompetanse hos de ansatte i tjenesten. Kommunen har også igangsatt et prosjekt om kompetanseheving for helsearbeidere. Formålet er å øke helsearbeidernes kompetanse på oppgavene som ikke krever sykepleierutdanning.

Undersøkelsen viser at kommunen har etablert skriftlige prosedyrer og verktøy for ernæringsarbeidet, samt rutiner for veiing av brukere i risiko og for å knytte ernæringstiltak til pleieplaner i journalsystemet. Dette er i tråd med kravene om skriftlige prosedyrer og kartlegging ved oppstart av tjenester.

Datagrunnlaget tyder likevel på at gjennomføring og dokumentasjon ikke fullt ut samsvarer med egne rutiner og nasjonale anbefalinger. Kartlegging av ernæringsstatus skjer ikke alltid systematisk og oppfølging og evaluering av tiltak blir ikke alltid tilstrekkelig dokumentert. Kommunen bruker ikke individuell ernæringsplan, slik det står beskrevet i egen prosedyre. Dette svekker forutsetningene for en systematisk identifisering og oppfølging av brukere i ernæringsmessig risiko.

Undersøkelsen viser videre at kommunen har et felles avvikssystem og skriftlige rutiner for ernæringsarbeid. Avvik registreres i kommunens kvalitetsstyringssystem og kommunen har prosedyrer som beskriver formål, ansvar og gjennomføring. Avvik meldes og behandles i tråd med disse rutinene, og tas opp i relevante fora som HMS-grupper, personal- og avdelingsmøter og ledermøter. Revisjonens funn tyder på at avvik brukes til å identifisere trender og drøfte årsaker og tiltak, og at avvik på enkelte områder, særlig legemiddelhåndtering, er fulgt opp med opplæring og nye rutiner.

Samtidig tyder funnene også på at det er et forbedringspotensial når det gjelder å sikre at alle ansatte behersker avvikssystemet, å styrke den systematiske analysen av avvik over tid og å bidra til at avvik i større grad oppleves som et verktøy for læring og risikoreduksjon fremfor å kun brukes til registrering.

Basert på det som kommer fram i undersøkelsen anbefaler revisjonen at kommunedirektøren:

1. vurderer å i større grad systematisere kartleggingen av ernæringsstatus ved oppstart av tjenesten og sørger for at denne blir tilstrekkelig dokumentert
2. vurderer å i større grad systematisere praksis for oppfølging og evaluering av ernæringstiltak
3. vurderer behovet for bruk av individuelle ernæringsplaner

1 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for prosjektet

Kontrollutvalget i Gjerdrum kommune bestilte i møte 6.10.2025 (sak 34/25) en forvaltningsrevisjon av innhold og kvalitet i hjemmetjenesten. I bestillingen ble det lagt til grunn at undersøkelsen også skulle omfatte ernæring og avvikshåndtering.

Ifølge Statistisk sentralbyrå, vil andelen eldre i befolkningen øke betydelig i årene fremover. Dette vil legge økt press på kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder hjemmetjenesten, samtidig som landets kommuner sitt økonomiske handlingsrom preges av innstrammingsbehov. I kontrollutvalgets plan for forvaltningsrevisjon for perioden 2024–2028 (VIKUS, 2024) vises det til at kommunen kan få utfordringer med å sikre tilstrekkelig kapasitet i hjemmetjenesten.

Ernæring er et sentralt kvalitetsområde i helse- og omsorgstjenestene. Nasjonale faglige retningslinjer fra Helsedirektoratet understreker at alle brukere skal vurderes for risiko for underernæring ved oppstart av tjenester, og at tidlig identifisering er avgjørende for å kunne iverksette nødvendige tiltak.

Videre er systematisk avvikshåndtering en viktig forutsetning for læring, forbedring og pasientsikkerhet. Et velfungerende avvikssystem skal bidra til å avdekke uønskede hendelser, rette opp feil og forebygge gjentakelser.

1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med undersøkelsen er å vurdere innhold og kvalitet i hjemmetjenesten i Gjerdrum kommune, med særlig vekt på kompetanse og kapasitet, oppfølging av brukernes ernæringsbehov og om kommunen bruker avviksmeldinger til forebygging og forbedringsarbeid.

Undersøkelsen belyser følgende problemstillinger:

1. Hvordan jobber kommunen med å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten?
2. I hvilken grad følger kommunen opp brukernes ernæringsbehov i hjemmetjenesten?
3. I hvilken grad benytter kommunen avviksmeldinger i hjemmetjenesten til å forebygge og følge opp uønskede hendelser?

Problemstilling 1 er utformet som en beskrivende problemstilling. Den skal ikke vurdere om kommunen oppfyller gitte krav, men gi en beskrivelse av utfordringer knyttet til kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten, samt hvilke tiltak kommunen har satt inn for å styrke dette.

1.3 Metode

1.3.1 Generelt

Undersøkelsen er gjennomført i henhold til RSK 001 - Standard for forvaltningsrevisjon som er fastsatt av styret i NKRF - Kontroll og revisjon i kommunene. Standarden definerer hva som er god

revisjonsskikk innen kommunal forvaltningsrevisjon. Arbeidet er kvalitetssikret i henhold til Romerike revisjon IKS sine interne rutiner.

1.3.2 Dokumentanalyse

Revisjonen har gjennomgått dokumentasjon fra Gjerdrum kommune som er relevant for kommunens arbeid med innhold og kvalitet, med søkelys på bemanning, kapasitet, ernæring og avvik. Revisjonen har hovedsakelig gjennomgått kommunens prosedyrer og rutiner på området.

1.3.3 Intervju

Revisjonen har gjennomført intervjuer med:

- Helsefagarbeider
- Sykepleier
- Koordinerende sykepleier
- Avdelingsleder sykepleiertjenesten
- Avdelingsleder hjemmetjenesten
- Virksomhetsleder Pleie og omsorg
- Kommunalsjef Helse, omsorg og mestring

1.3.4 Verifiseringsprosesser

Oppsummering av intervju er sendt til de som er intervjuet for verifisering, og informasjon fra de verifiserte intervjureferatene er benyttet i rapporten.

Rapporten ble sendt administrasjonen i sin helhet til gjennomgang og uttalelse 17.8.2026.

Revisjonen mener at gode verifiseringsprosesser knyttet til data som har fremkommet muntlig, og av rapporten i sin helhet, er viktig for å sikre gyldighet og pålitelighet i undersøkelsens datagrunnlag.

1.4 Kommunedirektørens uttalelse

Revisjonen mottok kommunedirektørs uttalelse til rapporten 28.8.2026 og uttalelsen er lagt ved rapporten i vedlegg 1.

1.5 Revisjonskriterier

Revisjonskriterier er de krav og forventninger som kommunens praksis vurderes opp mot. Kriteriene utledes fra lover og forskrifter, kommunestyrets vedtak og hva som anses som god forvaltningsskikk og faglig anerkjente normer på området. I dette prosjektet er revisjonskriteriene blant annet hentet fra helse- og omsorgstjenesteloven, forskrift om en verdig eldreomsorg, forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesteloven og nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring. Kriteriene er nærmere presentert innledningsvis i kapittel 3 og 4, og i sin helhet i vedlegg 2 i rapporten.

1.6 Organisering av pleie og omsorg i Gjerdrum kommune

Hjemmetjenesten i Gjerdrum kommune er organisert under virksomhetsområdet pleie og omsorg, som igjen er organisert under kommunalområdet helse, mestring og omsorg. Se figur 1 for en illustrasjon av den administrative organiseringen i Gjerdrum kommune.

Figur 1 Administrativ organisering i Gjerdrum kommune fra 1. april 2024



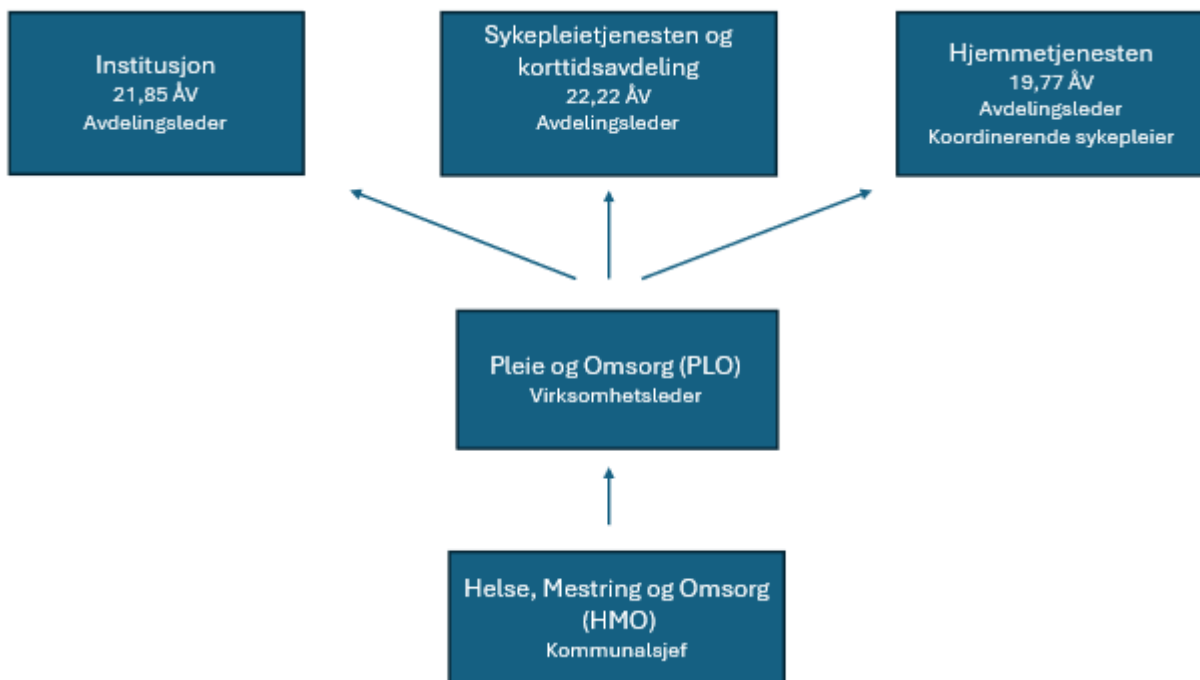
Kilde: Gjerdrum kommunes hjemmesider, hentet 24.4.2026.

Pleie og Omsorg består av fire avdelinger som ledes av tre avdelingsledere: Hjemmetjeneste, Institusjon, Korttidsavdeling og Sykepleietjeneste (Gjerdrum kommune 2026a). Denne organiseringen er et resultat av en større omorganisering i kommunalområdet, som ble iverksatt i september 2024 (brev til revisjonen).

I ny organisering er det etablert egen avdeling for sykepleietjenesten. Sykepleietjenesten består av 16,71 årsverk inkludert avdelingsleder som har fag, personal -og budsjettansvar. Sykepleierne jobber turnus, og jobber på tvers av avdelingene i Pleie og Omsorg (intervju med avdelingsleder for sykepleiertjenesten).

Hjemmetjenesten ledes av avdelingsleder og koordinerende sykepleier. Øvrige ansatte i hjemmetjenesten er helsefagarbeidere i turnus. Se figur 2 for en illustrasjon av organiseringen av kommunalområdet helse, mestring og omsorg.

Figur 2 Organisering av virksomhetsområdet pleie og omsorg



Kilde: Virksomhetsplan – Pleie og omsorg, Gjerdrum kommune 15.01.2026.

2 KAPASITET OG KOMPETANSE

2.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Problemstilling 1 er beskrivende og det er derfor ikke utledet revisjonskriterier. Formålet med problemstillingen er å kartlegge hvordan kommunen arbeider med utfordringer knyttet til kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten, samt å beskrive tiltak kommunen har satt inn for å håndtere utfordringene. Revisjonen beskriver eksisterende organisering, tiltak og utfordringer, men vurderer ikke dette opp mot et normativt grunnlag.

2.2 Omorganiseringen i 2024

Gjerdrum kommune gjennomførte i 2024 en omorganisering av kommunalområdet helse, omsorg og mestring. Som en del av omorganiseringen ble det opprettet en egen sykepleietjeneste, som et tiltak for å sikre at pleie- og omsorgssektoren har tilstrekkelig med sykepleiere på tvers av avdelingene (intervju med kommunalsjef helse, omsorg og mestring).

Sykepleierne i kommunen har sitt ansettelsesforhold i sykepleietjenesten, men jobber både på sykehjemmet og i hjemmetjenesten. Avdelingslederne for henholdsvis hjemmetjenesten og sykepleietjenesten beskriver i intervju med revisjonen ordningen med en egen sykepleietjeneste som at sykepleierne «jobber på oppdrag» i hjemmetjenesten eller som at sykepleietjenesten er et slags vikarbyrå som «leier ut» sykepleierne til andre avdelinger.

Avdelingsleder for sykepleietjenesten har personalansvar for sykepleierne som jobber i hjemmetjenesten, mens avdelingsleder for hjemmetjenesten har personalansvar for de øvrige som jobber i hjemmetjenesten (intervju med avdelingslederne).

Avdelingslederne for henholdsvis hjemmetjenesten og sykepleietjenesten beskriver i intervju både fordeler og ulemper med ordningen. Avdelingsleder for hjemmetjenesten trekker frem som en ulempe at hun mangler den helhetlige oversikten i avdelingen, i og med at hun ikke har ansvar for sykepleierne som jobber i hennes avdeling. Som et eksempel peker hun på at hun ikke har ansvar for hva som skjer inne på medisinerommene, men så snart medisinerne kommer ut av medisinerommet blir de hennes ansvar. Det som har fungert godt med ordningen er at kommunen har oppnådd full sykepleierdekning og at det er enklere å sørge for at sykepleierkompetansen brukes der den trengs mest.

Kommunalsjef for helse, omsorg og mestring viser i intervju med revisjonen til at dagens organisering må ses i et langtidsperspektiv, og at formålet med omorganiseringen er å møte fremtidige utfordringer med demografiske endringer. Kommunalsjefen viser til at kommunen fremover vil møte en økt mangel på arbeidskraft og fagkompetanse, økende antall eldre med helseutfordringer og et økt press på kommunens økonomiske rammer. Virksomhetsplanen for pleie og omsorg viser til en rekke utfordringer som kommunen vil møte fremover. Her vises det til et forventet økt tjenestebehov i befolkningen på grunn av en endret demografi med flere pleietrengende eldre, i tillegg til redusert tilgang på helsefaglig arbeidskraft. Det vises i planen til at framskrivningene viser økt behov for korttidsplasser og hjemmebaserte tjenester. Virksomhetsplanen beskriver videre behov for å heve og vedlikeholde grunnkompetanse og ferdigheter hos de ansatte, samt etablere flere ressursgrupper

for spisskompetanse knyttet til forebyggende og klinisk perspektiv. Planen beskriver også behov for bedre samhandling og ressursbruk på tvers av avdelinger, virksomheter og sektorer (Gjerdrum kommune 2026a).

Kommunalsjefen forteller i intervju at kommunen ikke har store utfordringer med mangel på arbeidskraft og et stort antall pleietrengende eldre i dag sammenlignet med andre kommuner. Hun peker imidlertid på at Gjerdrum kommune vil få økende utfordringer med kapasitet og kompetanse, og at kommunen ønsker å gjøre omstillinger allerede nå for å kunne gjøre tilpasninger i tjenestene før behovet blir for stort.

2.3 Kapasitet i hjemmetjenesten

2.3.1 Bemanningsplanlegging

Bemanning i hjemmetjenesten planlegges i ressursstyringsløsningen GAT av avdelingsleder. Koordinerende sykepleier lager daglige arbeidslister for dag-, kvelds- og nattevakter og fordeler oppgaver og kompetanse. Bemanningsplanene lages for ett år av gangen. Revisjonen har mottatt eksempler på bemanningsplaner for hjemmetjenesten og sykepleiertjenesten, samt oversikt over vikarbruk, overtidsarbeid med videre. Bemanningsplanene viser antall ansatte på jobb hver dag på dagvakt, aftenvakt og nattevakt. Ifølge dokumentasjonen revisjonen har mottatt har det vært innleid vikarer i sommermånedene, fire vikarer i 2024 og en i 2025.

Ifølge avdelingsleder for hjemmetjenesten er grunnturnus sju ansatte på dagvakt og fem på kveldsvakt, men dette er nå midlertidig økt til henholdsvis åtte og seks ansatte for å møte økt behov¹. Begrunnelsen er flere brukere med store helseutfordringer, flere vedtak, flere trygghetsalarmer og flere brukere som krever to ansatte samtidig. De siste månedene har det ifølge avdelingsleder blitt ringt på gjennomsnittlig 30 trygghetsalarmer per dag som personalet må følge opp i tillegg til øvrige oppgaver.

Avdelingsleder for sykepleiertjenesten opplyser at det alltid skal være minst én sykepleier på jobb i kommunen, men at det i praksis enkelte ganger kun er én sykepleier på vakt i hele kommunen. Antall sykepleiere på dagvakt kan variere fra én til fem. Helgene trekkes fram som mest sårbare.

Kommunalsjef for helse, omsorg og mestring trekker i intervju med revisjonen frem utfordringen med å planlegge turnus mellom de tre avdelingene hvor sykepleierne jobber (sykehjemmet, korttidsavdelingen og hjemmetjenesten), og viser til at kommunen nå har tatt i bruk et KI-basert turnusverktøy. Dette verktøyet fungerer ifølge kommunalsjefen bra, men løser ikke alle problemene slik systemene fungerer i dag.

2.3.2 Tilstrekkelig kapasitet

Hva som er tilstrekkelig kapasitet i hjemmetjenesten i Gjerdrum, varierer gjennom året og over tid. Avdelingsleder for hjemmetjenesten og virksomhetsleder opplyser i intervju at hjemmetjenesten frem til høsten 2025 hadde nok årsverk til å dekke alle brukerne. Behovet har imidlertid økt i vintermånedene, og hjemmetjenesten leier per mars 2026 inn en ekstra ansatt på dagvakt og en på kveldsvakt hele uken. Virksomhetsleder beskriver hjemmetjenesten som en reaktiv tjeneste, der nye

¹ Per mars 2026.

brukere og oppdrag kan komme samme dag, og understreker at variasjoner i etterspørselen gjennom året skaper kapasitetsutfordringer.

Avdelingsleder opplyser at hun ser behov for flere faste årsverk for å avlaste personalet, men peker samtidig på at de ikke har nok biler til å øke bemanningen ytterligere ute i felt. Hjemmetjenesten er avhengig av bilparken.

Koordinerende sykepleier forteller at hjemmetjenesten har flere lister enn grunnbemanningen tilsier, og at dette er tatt opp med leder og virksomhetsleder, blant annet ved bruk av statistikk. Hun opplyser at ledelsen har erkjent behovet for flere ansatte på jobb enn det grunnbemanningen formelt tilsier, og har tatt tak i dette.

Kommunalsjefen opplyser at hjemmetjenesten i utgangspunktet vurderes som godt bemannet. Samtidig peker hun på at det i en situasjon med stramme rammer alltid vil være en opplevelse blant de ansatte om at de er for få på jobb. Hun vurderer det imidlertid som lite realistisk å øke bemanningen vesentlig og mener kommunen må tenke annerledes ved å i større grad ta i bruk velferdsteknologi og jobbe med organisasjonsutvikling for å møte de framtidige behovene.

2.3.3 Sykefravær

Koordinerende sykepleier forteller i intervju at det er krevende å håndtere sykefraværet i tjenesten. Dette gjelder både for korttidsfravær og langtidsfraværet. Når det meldes inn fravær må man endre på listene og delegere oppgavene.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten forteller i intervju at høyt sykefravær gjør at avdelingen ofte må leie inn ekstra personale for å sikre gjennomføring av lovpålagte oppgaver. Ansatte kan registrere seg som tilgjengelige for ekstravakter i GAT. De siste månedene er hjemmehjelp (praktisk bistand) tidvis avlyst for å frigjøre personell til hjemmetjenesten. Avdelingsleder for sykepleietjenesten forteller at perioder med høyt sykefravær kan være utfordrende. Tjenesten har hatt fokus på å få ned sykefraværet og det ligger nå på under 8% på sykepleiertjenesten². Avdelingsleder for sykepleiertjenesten opplyser videre om at sykepleiertjenesten har ett vakant årsverk som er utlyst. Ved fravær forsøker avdelingen å dekke opp med egne ansatte fremfor innleide vikarer. Bemanningen er særlig sårbar i helger og ved fravær over 10 prosent over tid.

Både avdelingsleder for hjemmetjenesten, sykepleier og helsefagarbeider beskriver at de i perioder kun har tid til det mest nødvendige. Helsefagarbeider og sykepleier forteller at når det er mye sykefravær og høyt trykk, prioriteres lovpålagte pleieoppgaver. I perioder med høyt sykefravær kan oppgaver som hjemmehjelp, sosial oppfølging og mer systematisk arbeid med ernæring og dokumentasjon bli nedprioritert.

Koordinerende sykepleier beskriver at kapasitetsutfordringer medfører økt bruk av ufaglærte og at ansvar da må delegeres på en måte som oppleves belastende for de som er på jobb.

² Sykefraværet for lønnstakere i helse- og sosialtjenester nasjonalt har ligget på rundt 9,5 % de siste tre årene (Statistisk sentralbyrå, Statistikkbanken tabell 13935).

2.3.4 Velferdsteknologi og andre digitaliseringstiltak

Et av pleie og omsorgs satsningsområder er ifølge virksomhetsplanen økt digitalisering og bruk av velferdsteknologi. Ifølge virksomhetsplanen skal velferdsteknologi bidra til å løse konkrete oppgaver tjenesten har i dag og svare på behov i tjenesten og hos brukerne (Gjerdrum kommune 2026a).

Kommunalsjefen opplyser i intervju med revisjonen at kommunen arbeider strategisk med velferdsteknologi for å møte framtidige kapasitetsutfordringer. Det pågår en anskaffelse av velferdsteknologiplattform, samt arbeid med å finne løsninger der hjemmetjenesten i mindre grad må håndtere alle varsler fra trykghetsalarmer.

Ifølge kommunalsjefen har kommunen i dag 14 medisindispensere i bruk. Hun forteller i intervju at det er et mål å anskaffe flere dispensere der dette kan redusere behovet for personellbesøk, forutsatt at kriteriene for slik bruk er oppfylt. Flere medisindispensere er noe koordinerende sykepleier også trekker frem som et tiltak som kan redusere avvikene knyttet til ikke gitt medisin og feilmedisinering (se kapittel 4.2.3).

Innenfor et regionalt samarbeid på Øvre Romerike deltar kommunen i prosjekter om blant annet responscenter og digitale hjemmetjenester (intervju med kommunalsjef).

2.4 Kompetanse i hjemmetjenesten

Ifølge virksomhetsplanen for pleie og omsorg er kompetanse og innovasjon et av kommunens hovedsatsningsområder. Virksomheten skal ifølge planen arbeide systematisk med personalets kompetanse. Som et ledd i dette arbeidet skal medarbeidersamtalene i større grad enn før inneholde tiltak for individuell utvikling, samt en fremdriftsplan for tiltakene (Gjerdrum kommune 2026a).

Virksomhetsleder for pleie og omsorg trekker frem rekruttering av ansatte med riktig kompetanse som et fokusområde for å sikre kompetanse i hjemmetjenesten. Koordinerende sykepleier i hjemmetjenesten opplever det som krevende å rekruttere folk til kommunehelsetjenesten. Kommunalsjef for helse, omsorg og mestring mener rekruttering vil være en utfordring i fremtiden og trekker frem omdisponering av ressurser og kompetanseheving for helsefagarbeidere som tiltak for å møte denne utfordringen.

Koordinerende sykepleier forteller i intervju at å sørge for rett kompetanse på rett sted gjennom utarbeidelsen av arbeidslistene er en del av hennes arbeidsoppgaver. Hun forteller i intervju med revisjonen at hun ifølge stillingsbeskrivelsen skal ha kontroll på fag og kvalitet i hjemmetjenesten, men at det i praksis er mindre tid til dette i tillegg til andre oppgaver.

2.4.1 Opplæring av nytilsatte

Koordinerende sykepleier ved hjemmetjenesten forteller i intervju at alle nyansatte får et hefte med informasjon og primært tre dager opplæring (både dag- og kveldsvakt). Revisjonen har mottatt sjekkliste for opplæring av nyansatte som skal fylles ut av opplæringsansvarlig og den nyansatte. Sjekklisten inneholder blant annet gjennomgang av arbeidskontrakt, taushetsplikt, prosedyrer og rutiner, opplæring i fagsystemene, legemiddelhåndtering og hjelpemidler og forflytning (Gjerdrum kommune 2018a).

Hjemmesykepleien består av brukere i omsorgsboliger og ute i eget hjem, så man forsøker å gi nyansatte opplæring begge steder. Etter opplæring ønsker koordinerende sykepleier at man føler

seg trygg før man starter alene. Noen ønsker mer opplæring og da får de det. Andre trenger kun en til to dager med opplæring på grunn av eksisterende erfaring og/eller kompetanse. Avdelingsleder for hjemmetjenesten forteller i intervju at hun gjennomfører strukturerte oppfølgingssamtaler med nyansatte etter henholdsvis en, tre og seks måneder etter nyansettelser.

Sykepleier i hjemmetjenesten opplever at tjenesten legger til rette for opplæring når det er noe nytt, men gir uttrykk for at hun ofte trenger mer enn én opplæringsrunde for å bli trygg på nye prosedyrer.

Avdelingsleder i hjemmetjenesten opplyser at alle som begynner i hjemmetjenesten skal ha gjennomført grunnkurs i medisinoopplæring eller oppfriskningskurs. Under opplæringsdagene gjennomgår nyansatte medisinskjema sammen med sykepleier. Sykepleiertjenesten har i tillegg hatt særskilt fokus på opplæring knyttet til medisinhold, blant annet som oppfølging av avvik, og har revidert rutiner for medisinerrommet.

Ambulerende team fra Ahus brukes i opplæring av ansatte. Koordinerende sykepleier forteller i intervju at det ved behov for økt kompetanse kan tas kontakt med teamet.

Koordinerende sykepleier forteller i intervju at de ansatte har fått opplæring på forflytningsteknikker av ergo-fysio-tjenesten. Hun opplever også at de ansatte flinke til å bruke hverandre hvis de trenger hjelp.

2.4.2 Kartlegging av kompetanse

Avdelingsleder for sykepleiertjenesten opplyser i intervju at kommunen ikke har et samlet system for kompetansekartlegging, men at sykepleiertjenesten har utviklet egne verktøy. Alle sykepleiere fyller ut et egevalueringsskjema hvor de scorer sin kompetanse på ulike områder. Revisjonen har mottatt kommunens skjema for KOMPIS-opplæring. I skjemaet skal det fylles opp navn på godkjent KOMPIS-opplærer, hva den ansatte har lov å gi opplæring i, hvem som har gitt og når det er gitt opplæring, samt navn og stilling på den vedkommende har gitt opplæring til. Videre skal det fylles inn opplevd kunnskapsnivå før og etter opplæring, samt tidspunkt for opplæringen. Avdelingsleder forteller i intervju at de som scorer høyest på egevalueringen får en instruktørrolle og bidrar med opplæring av øvrige sykepleiere og helsefagarbeidere, blant annet innen NEWS³ og KLINOBS⁴. To sykepleiere er instruktører i KLINOBS i dag.

Virksomhetsleder og avdelingsleder for hjemmetjenesten forteller i intervju at medarbeidersamtalene brukes til å avdekke hvilke opplæringsbehov den enkelte ansatte har.

2.4.3 Kompetansehevende tiltak

Hjemmetjenesten og sykepleiertjenesten har egne handlingsplaner som inneholder tiltak for kompetanseheving. Hjemmetjenesten har i sin handlingsplan definert fire målområder for utviklingsarbeid (Gjerdrum kommune 2026c). Disse er sårbehandling, dokumentering og observasjonskompetanse, løfteteknikk/forflytning og kompetanse innenfor rus og psykisk helse. For hvert mål beskrives nåsituasjonen og det er definert to til tre delmål for hvert hovedmål. For hvert delmål er det definert tiltak for å nå delmålene. Eksempelvis er det under målet om sårbehandling

³ NEWS (National Early Warning Score) er et skåringssystem for målinger av livsviktige funksjoner hos syke og skadde personer.

⁴ Klinisk observasjonskompetanse.

definert tre delmål, om henholdsvis å øke kompetansen til de ansatte om hvilke bandasjer som passer på hvilke sår og hvor ofte og hvordan det skal gjennomføres sårstell, øke bruk av applikasjonen SmartVakt og gjennomføring av kurs via KS for alle ansatte. Hvert av delmålene har knyttet konkrete tiltak til seg, som å arrangere opplæring i sårprosedyrer via ambulerende team, kontakte sårpoliklinikk for å få gjennomført opplæring av ansatte og å arrangere opplæring av legging av bandasje (Coban) i regi av ekstern leverandør (ibid.).

I handlingsplanen for sykepleiertjenesten er det definert fire målområder. Disse er psykososialt arbeidsmiljø og HMS, kompetansehevende tiltak og fagutvikling, digitalisering og velferdsteknologi og tverrfaglig samarbeid. I likhet med handlingsplanen til hjemmetjenesten er det definert ulike delmål med tilhørende tiltak for hvert av målområdene (Gjerdrum kommune 2026d).

Revisjonen har mottatt fagplaner for hjemmetjenesten for 2025 og 2026. I fagplanen vises det til kompetansebroen og det er satt opp fagdager, fagsamlinger og «digital fagsnacks» gjennom året med ulike tema på agendaen. Av temaene som er satt opp i planene er eksempelvis demensomsorg, observasjonskompetanse, trygghetsalarmer, sårbehandling, lindrende behandling (palliasjon), psykisk helse, kapillærblodprøvetaking, urinprøvetaking, forflytningsteknikk og ulike diagnoser. Planene viser også til digitale kurs, filmer, podkaster, webinar med videre som de ansatte i hjemmetjenesten kan benytte seg av.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten forteller i intervju at det gjennomføres kurs og opplæringstiltak innenfor tilgjengelige økonomiske rammer. Avdelingen mottar noe tilskudd fra Statsforvalteren og har også enkelte budsjettmidler til kompetanseheving.

Avdelingsleder for hjemmetjenesten og koordinerende sykepleier forteller i intervju om flere opplæringstiltak som gjennomføres innenfor hjemmetjenesten. Det er blant annet utarbeidet et opplæringshefte av HMS-gruppa.

Det er innført faste fagdager i turnus. I hjemmetjenesten har ansatte med stilling på 50 prosent eller mer krav på fagdag. Fagdagene er nå delt mellom sykepleiere og helsefagarbeidere, fordi felles fagdag ble opplevd som for mye repetisjon for sykepleierne. Temaene for fagdagene fastsettes årlig og har blant annet vært ernæring, fall, dokumentasjon og gjennomgang av nye prosedyrer. Revisjonen har mottatt programmet for fagdagene som ble gjennomført i 2024 og 2025. Næringsdrikker og psykisk helse er blant temaene på agendaen for disse samlingene. Helsefagarbeider beskriver fagdager og kurs som nyttige. Hun forteller at det har vært snakk om å redusere fagdagene fra seks til tre timer, noe hun opplever som uheldig.

Flere informanter viser til bruk av digitale læringsressurser, blant annet «kompetansebroen» med kurs og opplæringsfilmer, og internundervisning fra samarbeidspartnere (for eksempel sårbehandling).

Koordinerende sykepleier opplever at det finnes «mange gode tilbud» for videreutvikling, men at det er utfordrende at ikke alle bruker tid på å logge seg inn og dokumentere målinger og faglig arbeid i datasystemene, ofte begrunnet med tidspress. Koordinerende sykepleier og helsefagarbeider peker på at få av de ansatte deltar på frivillige fagtiltak (for eksempel fagprat på fredager), særlig når tiltakene ligger til fritid.

Kommunalsjefen peker i intervju på at behovet for sykepleierkompetanse per i dag ikke er så pressende at sykepleierne kan gjøre kun sykepleiefaglige oppgaver. Sykepleierne jobber derfor også

med andre pleie- og omsorgsrelaterte oppgaver i avdelingene. Behovet for sykepleiefaglige oppgaver vil imidlertid øke, noe som ifølge kommunalsjefen vil føre til at sykepleierne i større grad vil jobbe spesialisert og at det vil oppstå et behov for helsepersonell som gjennomfører omsorgsoppgaver som sykepleierne da ikke lenger vil ha kapasitet til. Kommunen har derfor ifølge kommunalsjefen igangsatt et prosjekt om kompetanseheving for helsearbeidere. Formålet med dette prosjektet er å øke helsearbeidernes kompetanse på oppgavene som ikke krever sykepleierutdanning.

Kommunalsjefen peker også på et internt prosjekt for å styrke kompetansen til helsefagarbeidere slik at flere pleie- og omsorgsoppgaver kan utføres av andre enn sykepleiere, for å frigjøre sykepleierkapasitet.

2.5 Oppsummering

Gjerdrum kommune gjennomførte i 2024 en omorganisering av kommunalområdet helse, omsorg og mestring. Som en del av omorganiseringen ble det opprettet en egen sykepleietjeneste.

Bemanningen i hjemmetjenesten planlegges i kommunens ressursstyringssystem. Grunnturnusen i hjemmetjenesten er nylig styrket på grunn av flere brukere med omfattende behov, flere vedtak, økt antall trygghetsalarmer og flere brukere som krever flere enn én ansatt samtidig. Sykepleiertjenesten skal alltid ha minst én sykepleier på jobb i kommunen, men i hektiske perioder er bemanningen sårbar.

Behovet for kapasitet varierer gjennom året. Hjemmetjenesten hadde fram til høsten 2025 tilstrekkelig bemanning, men økt sykefravær og større behov blant brukerne av hjemmetjenesten i vintermånedene har medført økt behov for ressurser. Det leies derfor inn ekstra personell på dag- og kveldsvakter. Hjemmetjenesten er kjennetegnet av varierende arbeidsmengde, der nye brukere får vedtak og oppdrag kan oppstå samme dag. Dette gjør bemanningsplanleggingen utfordrende. Ledelsen erkjenner behov for flere faste årsverk, men peker også på begrensninger knyttet til blant annet bilkapasitet og økonomiske rammer. Kommunalsjefen vurderer bemanningen som relativt god. Hun mener at det ikke er rom for vesentlig økning i bemanningen og peker på at framtidige behov må møtes gjennom velferdsteknologi og organisasjonsutvikling.

Kommunen er i gang med anskaffelse av velferdsteknologiplattform og arbeider med løsninger som kan redusere belastningen på hjemmetjenesten knyttet til trygghetsalarmer. Det er innført medisindispensere, og målet er å ta i bruk flere der dette kan redusere behovet for fysiske besøk og avvik knyttet til legemiddelhåndtering. Kommunen deltar også i regionale digitaliseringsprosjekter, blant annet om responssenter og digitale hjemmetjenester.

Kompetanseheving og innovasjon er sentrale satsingsområder i pleie- og omsorgsvirksomheten. Rekruttering av ansatte med riktig kompetanse oppleves som krevende, og kommunalsjefen forventer økende utfordringer fremover. Hjemmetjenesten har etablert systematisk opplæring av nytilsatte med sjekklister og oppfølgingssamtaler, og det er krav om medisinoopplæring. Kommunen har igangsatt interne prosjekter for å styrke helsefagarbeidernes kompetanse, med mål om at flere pleie- og omsorgsoppgaver kan utføres av andre enn sykepleiere. Dette skal bidra til å frigjøre sykepleierkapasitet til mer spesialiserte oppgaver i tråd med forventet utvikling i tjenestebehov.

Sykepleiertjenesten har utviklet egne verktøy for kompetansekartlegging, blant annet egenevalueringsskjema og KOMPIS-opplæring, der ansatte med høy kompetanse får instruktørroller. Hjemmetjenesten og sykepleiertjenesten har egne handlings- og fagplaner med tydelige målområder og tiltak for kompetanseheving.

3 ERNÆRINGSBEHOV

3.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Helsedirektoratet sin nasjonalfaglige retningslinje om forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2024) legger til grunn at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved oppstart av helse- og omsorgstjenester, og at pasienter i risiko skal følges opp med egnede tiltak og systematisk evaluering. Risikoen for underernæring er særlig høy blant eldre, og tidlig identifisering og oppfølging er viktig for å forebygge funksjonstap, sykdom og behov for mer omfattende tjenester.

For problemstilling 2 utledes følgende krav og forventninger til kommunen:

Problemstilling 2	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad følger kommunen opp brukernes ernæringsbehov i hjemmetjenesten?	→ Kommunen skal ha utarbeidet skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer mottakere av hjemmetjenester tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat → Kommunen skal sikre at mottakere av hjemmetjenester kartlegges for ernæringsmessig status og vurderes for ernæringsmessig risiko for underernæring ved oppstart av tjenesten → Kommunen bør utarbeide en individuell ernæringsplan når risiko for underernæring avdekkes for å sikre tilpasset tilstrekkelig ernæring → Kommunen bør systematisk vurdere og evaluere tiltak knyttet til brukernes ernæringsbehov

3.2 Faktagrunnlag

3.2.1 Ernæring i hjemmetjenesten

Flere av dem revisjonen har intervjuet, beskriver store forskjeller mellom ernæringsoppfølging i sykehjem, omsorgsboliger og i hjemmesykepleien. På sykehjem oppleves det langt enklere å ha oversikt og kontroll over beboernes ernæringssituasjon, ettersom måltidene er felles og personalet kan observere både matinntak og eventuelle endringer over tid.

I hjemmetjenesten må de ansatte i større grad forholde seg til det brukeren har tilgjengelig hjemme, og muligheten til å observere matinntak er begrenset. Avdelingsleder for hjemmetjenesten og andre ansatte understreker i intervju med revisjonen at tjenesten ikke kan pålegge brukere å spise, og at det derfor kan være krevende å sikre at planlagte tiltak faktisk gjennomføres hos hjemmeboende

brukere som kun får korte besøk av hjemmetjenesten. I omsorgsboligene, som tilhører hjemmetjenesten, beskrives situasjonen som mer lik sykehjemmet.

3.2.2 Rutiner og prosedyrer

Revisjonen har bedt kommunen oversende dokumentasjon som belyser hvordan ernæringsarbeidet i hjemmetjenesten er organisert og gjennomføres. Det ble etterspurt rutiner og prosedyrer for vurdering av ernæringsstatus ved oppstart og for videre oppfølging over tid, inkludert ansvar og hyppighet, samt skjema og verktøy for kartlegging, føringer for dokumentasjon i journalsystemet og eventuell opplæring og tilsyn på området. Kommunen har oversendt prosedyre for ernæringsstatus, sjekklister for medisinsk kartlegging ved oppstart av tjenester og tre dokumenter knyttet til oppvarming av mat og ernæringsdrikke.

Kommunens skriftlige prosedyre for ernæringsstatus hos hjemmeboende tjenestemottakere har som formål å «kartlegge, forebygge og behandle underernæring hos hjemmeboende tjenestemottakere». Prosedyren gjelder for ansatte i hjemmetjenesten og beskriver prosedyrer for vurdering av risiko for underernæring, kartlegging av årsaker til risiko for underernæring, ernæringstiltak, evaluering av tiltakene, registrering i IPLOS-registeret og avviksrapportering (Gjerdrum kommune 2025).

Virksomhetsleder pleie og omsorg er formelt ansvarlig for at prosedyren etableres, vedlikeholdes og godkjennes. Virksomhetsleder opplyser i intervju at hun har ansvar for om lag 200 rutiner på tvers av avdelingene, og at ansvaret for å sørge for at prosedyrene etterleveres i den daglige driften dermed er delegert til avdelingslederne. Avdelingsleder for hjemmetjenesten forteller i intervju at de ansatte kjenner til prosedyren for ernæringsstatus, og mener de ansatte i hjemmetjenesten er flinke til å lære opp hverandre.

3.2.3 Kartlegging av ernæringsstatus

Innledende kartlegging før vedtak om hjemmetjenester

Virksomhetsleder for pleie og omsorg forteller i intervju med revisjonen at det gjøres en kartlegging av ernæringsstatus allerede før det fattes vedtak om hjemmetjenester. Det kartlegges da ifølge virksomhetsleder om brukeren er sårbar for underernæring, inkludert registrering av differanse mellom høyde og vekt. Denne kartleggingen gjennomføres i enheten mottak og utredning i forbindelse med saksbehandlingen. Det vil si at det allerede er gjort en kartlegging av ernæringsbehovet før brukeren får vedtak om hjemmetjenester. Virksomhetsleder forteller videre at informasjon om sårbarhet for underernæring fra den innledende kartleggingen blir oversendt til hjemmetjenesten når det fattes vedtak, slik at hjemmetjenesten kan sette inn tiltak.

Revisjonen har mottatt «veiledende sjekklister ved søknad om helse og omsorgstjenester» (Gjerdrum kommune 2018b), i tillegg til et eksempel på utfylt skjema for tilstandsvurdering. Vurderingen gjennomføres av enhet mottak og utredning. Figuren under viser en illustrasjon av skjemaet for tilstandsvurdering. I skjemaet svares det på om det er gjort en vurdering av risiko for underernæring, herunder om det er ernæringsmessig risiko eller underernæring, og om det er utarbeidet ernæringsplan. Eksemplet revisjonen har mottatt på en behandling av en søknad om hjemmetjenester gjengis påfølgende beskrivelser av behov for bistand og oppfølging knyttet til ernæring og tilberedning av måltider.

Figur 3 Skjema for tilstandsvurdering**Skjema for tilstandsvurdering**

Spørsmålkode	Svarkode
Husstand	
Omsorg for barn under 18 år	
Mottar privat, ikke betalt hjelp	
Egnet bolig	
Individuell plan utarbeidet.	
Har oppnevnt koordinator.	
Behov for bistand arbeid og utdanning	
Mottar bistand arbeid og utdanning	
Behov for transport arbeid og utdanning	
Mottar transport arbeid og utdanning	
Behov for bistand org., kultur og fritid	
Mottar bistand org., kultur og fritid	
Behov for transport org., kultur og fritid	
Mottar transport org., kultur og fritid	
Legemiddel-gjennomgang (LMG) gjennomført	
Vurdering av risiko for underernæring	
Ernæringsmessige risiko/underernæring	
Ernæringsplan utarbeidet	
På venteliste	
Mottar (re)habilitering utenfor institusjon	

Kilde: Eksempel på skjema for tilstandsvurdering som fylles ut i forbindelse med behandling av søknader om hjemmetjenester, Helse, rehabilitering og omsorg, Gjerdrum kommune. Hentet fra kommunens journalsystem.

Kartlegging ved oppstart av hjemmetjenester

Intervjuene revisjonen har gjennomført med ledere og øvrige ansatte i hjemmetjenesten viser at kommunen har etablert rutiner for kartlegging av ernæringsstatus, og at ansatte i hjemmetjenesten i hovedsak kjenner til disse.

Revisjonen har mottatt kommunens sjekkliste for medisinsk kartlegging av hjemmeboende pasienter ved oppstart av tjeneste. Denne sjekklisen skal benyttes på alle pasienter som skrives inn i hjemmetjenesten. Sjekklisen skal utføres av sykepleier eller helsefagarbeider innen ti virkedager fra oppstart av hjemmetjenester og kartleggingen skal dokumenteres i elektronisk pasientjournal (Gjerdrum kommune 2025b).

Ernæringstilstand er ett av temaene som inngår i den medisinske kartleggingen. Sjekklisen angir at det skal tas høyde og vekt, beregnes kroppsmasseindeks (KMI) og gjennomføres screening med verktøy for vurdering av risiko for underernæring. Videre skal det kartlegges eventuell vektnedgang

eller redusert næringsinntak siste måned. Sjekklisen inneholder også en rekke spørsmål som kan stilles om pasienten. Disse er hvor mange måltider pasienten spiser per dag, om vedkommende har matlyst, matallergier eller opplever kvalme, om pasienten trenger bistand til matlaging og spising, om det er behov for tettere oppfølging med vektmåling, om pasienten drikker tilstrekkelig og har matvarer i hus. Dersom kartleggingen viser at pasienten er i risiko for underernæring, skal det ifølge sjekklisen kartlegges for risikofaktorer og opprettes en tiltaksplan (Gjerdrum kommune 2025b).

Verktøyet for vurdering av risiko for underernæring nevnt over består av to spørsmål som skal besvares. Det første handler om hvorvidt pasienten har gått ned i vekt uten å ha gjort forsøk på det, og hvor mye vedkommende eventuelt har gått ned. Det andre spørsmålet handler om hvorvidt pasienten har spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst. På bakgrunn av besvarelsene på disse to spørsmålene gis en poengskår. En skår på 2 eller mer innebærer at pasienten er i risiko for underernæring.

Prosedyren for ernæringsstatus presiserer at skåren fra kommunens verktøy for måling av underernæring skal dokumenteres i den elektroniske pasientjournalen, og at kartleggingen skal gjennomføres ved oppstart av helse- og omsorgstjenester og deretter månedlig (Gjerdrum kommune 2025a).

Avdelingsleder for sykepleiertjenesten beskriver at det i 2025 er jobbet grundig med ernæring gjennom intern opplæring av de ansatte, at pasientene kartlegges og veies jevnlig og at det skal settes av tid til kartlegging av ernæringsstatus i arbeidslistene. Avdelingsleder forteller at de gjerne skulle hatt en ernæringsfysiolog, det hadde vært nyttig når det gjelder å sette inn riktig tiltak til brukerne.

Flere revisjonen har intervjuet peker på utfordringer knyttet til gjennomføring og dokumentasjon av kartleggingen. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at vekt ikke alltid blir registrert i fagsystemet, og viser til at dokumentasjonssystemet oppleves som lite brukervennlig når det gjelder registrering av vekt. Koordinerende sykepleier opplyser at hun legger inn veiing på arbeidslistene ukentlig, men at ernæringsstatus ikke kartlegges fullt ut i tråd med prosedyren.

I flere av intervjuene med ledere og ansatte i hjemmetjenesten pekes det på at ernæringsarbeidet ikke gjennomføres fullt ut slik prosedyren beskriver. Utfordringer som trekkes frem er at kartlegging av ernæringsstatus ved oppstart ofte ikke er god nok og det ikke er tilstrekkelig tid til veiing og til systematisk kartlegging og oppfølging. Dette gjelder særlig i perioder hvor det er begrenset bemanning. Når det gjelder veiing kan det også være utfordringer med at bruker ikke ønsker å ta vekt.

3.2.4 Individuelle ernæringsplaner

Ifølge Helsedirektoratets retningslinje om forebygging og behandling av underernæring bør det opprettes en individuell ernæringsplan ved risiko for underernæring. Ernæringsplanen skal tilpasses resultatet av ernæringskartleggingen og skal inneholde mål, tiltak og tidspunkt for evaluering (Helsedirektoratet 2022). I Gjerdrum kommunens egen prosedyre for ernæringsstatus står planlegging av individuell ernæringsplan som det tredje trinnet i gjennomføringen av prosedyren (Gjerdrum kommune 2025a).

Kommunen opplyser i e-post av 26.2.2026 at «ernæringsplaner ligger per i dag til pleieplanen på hver enkelt pasient, de som er underernært (har en skår på over 2 i verktøyet for underernæring),

har tiltak i sin individuelle pleieplan». Det fremgår dermed at ernæringsoppfølging formelt er tenkt ivarettatt gjennom konkrete ernærings tiltak i den enkelte brukers pleieplan, særlig for brukere som vurderes å være i risiko for underernæring.

Figur 4 Eksempel på tiltaksplan

Tiltaksplan/ pleieplan			
Plan	(ID: 4940)		
Problem/Ressurs/Behov	Mål	Tiltak	Evaluering
ELIMINASJON/ERNÆRING/VÆSKE 22.07.2025: Sikre godt næringsinntak Godkj: 22.07.25	22.07.2025: God ernæringsstatus Godkj: 22.07.25	22.07.2025: Får hjelp til middag Godkj: 22.07.25	
Relatert til: Fører til: Ressurser:		Hjpsl bistår med å varme middag man, ons og fre.	
20.04.2026: Forebygge vekttap og underernæring Godkj: 20.04.26	20.04.2026: Stabil vekt Godkj: 20.04.26	20.04.2026: Ta vekt 1x per måned Godkj: 20.04.26	

Kilde: Utklipp av tiltaksplanen oversendt av kommunen

Revisjonen har fått oversendt ni tiltaksplaner. Ernæring er satt opp som tiltak i åtte av disse. Tiltakene handler om å forebygge vekttap og underernæring eller opprettholde stabil vekt hos pasientene, samt sikre godt næringsinntak. Tiltakene handler også om å oppfordre til å spise måltider, tilberede måltider for pasientene, samt å ta vekt en gang per måned. For noen av pasientene står ernæringsdrikke og oppfølging av næringsinntak oppført under tiltaket.

Videre inneholder dokumentasjonen som er oversendt utklipp av arbeidsoppdraget, samt sykepleiejournalen knyttet til de ni tiltaksplanene. Sykepleiejournalen viser registreringene hjemmetjenesten registrerer etter hjemmebesøkene. Intervjuene gir et mer sammensatt bilde av hvordan dette praktiseres i hjemmetjenesten. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at kommunen ikke bruker individuelle ernæringsplaner som eget dokument eller egen planstruktur, men at ernærings tiltak eventuelt legges inn i ordinære pleieplaner. Koordinerende sykepleier bekrefter at det ikke utarbeides egne individuelle ernæringsplaner i hjemmetjenesten, og at ernæringsstatus hos brukerne ikke alltid kartlegges i tråd med gjeldende prosedyre.

I ett av intervjuene revisjonen har gjennomført vises det til at det for enkelte brukere likevel utarbeides ernæringsplaner, særlig når det foreligger tydelig underernæring eller betydelig vekttap. I slike tilfeller kan planen inneholde mål for vektoppgang, antall måltider per dag, type næringsdrikke og andre praktiske tiltak.

3.2.5 Oppfølging og evaluering av tiltak

Intervjuene viser at kommunen har etablert flere typer tiltak for å følge opp brukere med ernæringsmessig risiko. Flere av disse tiltakene er også nevnt i de foregående kapitlene. Avdelingsleder og virksomhetsleder for pleie og omsorg beskriver at brukere i risiko skal veies jevnlig, og at det ved vektnedgang settes inn tiltak som mer næringsrik mat, næringsdrikke, økt tilsyn ved måltider, hjelp til tilberedning av mat og eventuelt bestilling av middag fra sentralt kjøkken. For noen brukere benyttes også dagsentertilbud som et sosialt og ernæringsfremmende tiltak. Helsefagarbeider opplyser i intervju at hjemmetjenesten oppfordrer de som bor alene og spiser

dårlig, til å delta på dagsentertilbudet hvor de blir servert både frokost, lunsj og middag. Brukere må selv søke om plass på dagsenteret.

Virksomhetsleder opplyser at tiltak skal knyttes til den enkelte bruker i journalsystemet (jf. beskrivelsen av tiltaksplan i journalsystemet i kap. 3.2.4.). Videre forteller hun at alle tiltak i utgangspunktet skal evalueres minst én gang i året.

Samtidig beskrives det flere forhold som peker på at oppfølging og vurdering av tiltak i praksis ikke alltid skjer så systematisk som rutinene legger opp til. Avdelingsleder for hjemmetjenesten opplyser at vekt ikke alltid blir registrert i fagsystemet, og peker på at journalsystemet oppleves som lite brukervennlig når det gjelder å registrere vekt og følge vektutvikling over tid. I intervjuene fortelles det samtidig at tiltak knyttet til ernæring bare i begrenset grad blir systematisk vurdert og evaluert over tid, og at primærkontaktene ofte har begrenset tid til å følge opp ernæringsarbeidet i tillegg til øvrige oppgaver. Virksomhetsleder viser også til at hjemmetjenesten har et forbedringspotensial når det gjelder å dokumentere evaluering av tiltak i journalsystemet.

Flere ansatte peker i intervju på knapp tid som en viktig rammebetingelse. Blant annet fortelles det i ett intervju til at tiltak knyttet til ernæring blir «litt sporadisk systematisk vurdert og/eller evaluert», og at primærkontakter ikke får satt av den tiden de burde til oppfølging og evaluering. Videre vises det til at det i en travel hverdag ofte blir slik at maten settes frem hos brukeren før de må videre til neste oppdrag, uten at det alltid er tid til å se om brukeren faktisk spiser. Det vises til at det ikke er nok tid til å følge opp ernæring hos brukerne, selv om avdelingen har en felles forståelse av at ernæringskartlegging og -oppfølging er viktig.

3.3 Revisjonens vurdering

Kommunen har skriftlige rutiner for ernæringsarbeid, med krav til kartlegging og dokumentasjon av vekt og vektutvikling i journalsystemet. Undersøkelsen viser likevel at disse rutinene ikke alltid følges i praksis, blant annet når det gjelder systematisk registrering av vekt og ernæringsstatus.

Det er etablert en prosedyre for kartlegging av ernæringsstatus ved oppstart og videre oppfølging, og ernæring har hatt økt oppmerksomhet i avdelingene. Samtidig tyder intervjuene på at kartlegging og veiing ikke gjennomføres konsekvent, særlig i perioder med høyt sykefravær og en utfordrende bemanningssituasjon. Dette kan etter revisjonens vurdering svekke forutsetningene for å identifisere og følge opp brukere i ernæringsmessig risiko.

Ernæringstiltak skal inngå i pleieplanen når det foreligger risiko for underernæring, og undersøkelsen viser at dette gjøres i noen grad. Undersøkelsen tyder likevel på at individuelle ernæringsplaner sjelden brukes, og at tiltak knyttet til ernæring oftest dokumenteres som enkelttiltak. Etter revisjonens oppfatning vil en mer systematisk bruk av ernæringsplaner bidra til en mer helhetlig og strukturell oppfølging av brukernes ernæringsbehov.

Det iverksettes flere relevante tiltak for brukere i ernæringsmessig risiko, men undersøkelsen tyder også på svakheter når det gjelder oppfølging og evaluering av tiltak. Etter revisjonens vurdering har kommunen et forbedringspotensial når det gjelder å dokumentere oppfølging og evaluering av ernæringstiltak.

4 AVVIKSHÅNDTERING

4.1 Problemstilling og revisjonskriterier

Kommunen skal ha systemer som gjør at uønskede hendelser i hjemmetjenesten blir fanget opp, håndtert og brukt til læring og forbedring. Avviksmeldinger er et sentralt virkemiddel i dette arbeidet, både for å ivareta pasientsikkerhet og for å sikre etterlevelse av lovverk. I dette kapitlet redegjør revisjonen for hvordan kommunen har organisert arbeidet med avvik i hjemmetjenesten, hvilke rutiner og verktøy som benyttes, og hvordan meldte avvik følges opp i praksis. Formålet er å vurdere i hvilken grad avvikssystemet brukes til å forebygge, følge opp og lære av uønskede hendelser i tråd med gjeldende krav og føringer.

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 3

Problemstilling 3	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad benytter kommunen avviksmeldinger i hjemmetjenesten til å forebygge og følge opp uønskede hendelser?	Kommunen bør → ha et felles avvikssystem → ha skriftlige rutiner for hvordan ○ avvik skal meldes ○ avvik skal behandles → Kommunen skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik → Avvik skal analyseres og brukes til læring og forbedring

4.2 Faktagrunnlag

Kommunen har oversendt flere prosedyrer og rutiner som benyttes i forebygging og oppfølging av gjentakende avvik i hjemmetjenesten. Dette omfatter blant annet:

- prosedyre for fallforebyggende tiltak
- prosedyre for fallskader
- prosedyre for legemiddelhåndtering
- prosedyre for å melde avvik i TQM
- prosedyre for medisinerrom i hjemmetjenesten

Revisjonen har også mottatt referater fra HMS-møter og avdelings/personalmøter hvor meldte avvik tas opp og behandles.

4.2.1 System og rutiner for avvik

Kommunens kvalitetssystem TQM blir brukt til å registrere, undersøke og analysere uønskede hendelser, og det er utarbeidet en skriftlig rutine for melding av avvik i kvalitetssystemet. En egen rutine beskriver formål, ansvar og gjennomføring av avviksarbeidet. Ifølge rutinen har ansatte ansvar for å melde avvik i kvalitetssystemet, mens avdelingsleder er ansvarlig for å håndtere og lukke avvikene.

Alle avvik skal registreres i kvalitetssystemet. Pasientrelaterte avvik skal anonymiseres og knyttes til pasientens ID-nummer i kommunens journalsystem, og den konkrete hendelsen skal dokumenteres i pasientjournalen. Rutinen for melding av avvik beskriver trinnvis hvordan et avvik skal registreres, blant annet valg av hendelsestype, alvorlighetsgrad, virksomhet og prosess, samt krav om detaljert beskrivelse av hendelsen, strakstiltak, forslag til forbedring og utfylling av risikoparametere. Avviket sendes deretter til avdelingsleder for videre behandling og lukking.

I sitt skriftlige svar til revisjonen opplyser kommunen at avvikssystemet TQM er en sentral del av internkontrollen, og at ansatte og ledere som del av opplæringen skal gjøres kjent med hvordan avvik registreres, håndteres og brukes i forbedringsarbeidet. Gjentakende avvik og avvik med økende trend tas opp i HMS-gruppene i hjemmetjenesten og sykepleietjenesten, der avvik er fast sakspunkt.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg opplyser i intervju at de ansatte i hjemmetjenesten får opplæring i avvikshåndtering i tråd med kommunens opplæringsprosedyrer. Hun forteller at kommunen nylig har tatt i bruk lesebekreftelse i kvalitetssystemet, slik at det er mulig å se hvor mange av de ansatte som har vært inne og lest prosedyrene. Lesebekreftelsen kan brukes til å ta stikkprøver for å få en indikasjon på om de ansatte leser prosedyrene.

Avdelingslederne følger med på avvikene i egne avdelinger og har ansvar for at ansatte er kjent med rutineene for avviksrapportering. Virksomhetsleder opplyser at ansatte generelt er ivrige til å skrive avvik, og at det oppleves å være en god avvikskultur i kommunen. I avviksskjemaet i kvalitetssystemet finnes et valgfritt kommentarfelt der den som melder avviket kan angi hva som kan gjøres for å forebygge gjentakelse.

Avdelingsleder for hjemmesykepleien forteller at de ansatte er kjent med rutineene for avviksmelding i kvalitetssystemet og hvordan avvik skal legges inn. Rapporteringen av avvik tyder på at det i noen tilfeller er uklart for den som melder avviket om det skal meldes til avdelingsleder for hjemmesykepleien eller sykepleiertjenesten. De to avdelingslederne sender imidlertid avvikene seg imellom hvis de skulle havne hos feil leder.

4.2.2 Avdekking og oppfølging av avvik

Avdelingsleder for hjemmesykepleien forteller i intervju at når avvik rapporteres inn av de ansatte er det avdelingslederne som følger opp. Noen avvik kan lukkes umiddelbart av avdelingsleder, mens andre må sendes videre for mer informasjon før de avsluttes. Virksomhetsleder står formelt som ansvarlig for håndteringen av avvik etter delegeringsreglementet, men ansvaret er delegert til avdelingslederne.

På avdelingsnivå tas avvik opp på avdelingsmøter/personalmøter og i HMS-grupper. HMS-gruppa i hjemmetjenesten består av avdelingsleder, plasstillitsvalgt for Fagforbundet (midlertidig ivaretatt av vara i 50 % stilling), verneombud og enkelte ganger hovedtillitsvalgt. Sykepleierne er også invitert,

men det beskrives som noe utfordrende å samle alle på grunn av turnus. I disse møtene gjennomgås avvik og avviksstatistikk, og man diskuterer hvilke tiltak som kan være aktuelle.

Det fremheves i intervju at jo mer detaljert et avvik er beskrevet, desto lettere er det å følge opp og bruke avviket i forbedringsarbeidet. Avdelingsleder beskriver at avvik først registreres, og at det settes inn strakstiltak dersom det er nødvendig. Deretter vurderes behov for videre tiltak og eventuelle endringer i rutiner eller praksis.

4.2.3 Avvik til bruk i læring og forbedring

Avvik brukes som grunnlag for forbedringsarbeid i hjemmetjenesten. Det er opplyst i intervju at formålet med å ta opp avvik i ulike møter er å fange opp trender og «røde tråder». Avvikene tas opp både i fora for alle avdelingslederne og innenfor hver avdeling. Virksomhetsleder har også hatt avvik som tema på ledermøter på virksomhetsnivå.

Avvik brukes som tema i flere lærings- og refleksjonsarenaer i hjemmetjenesten. Avvikene tas jevnlig opp på personalmøter, der både enkeltavvik og statistikk gjennomgås. Formålet er blant annet å bevisstgjøre ansatte om risikoområder, tydeliggjøre gjeldende rutiner og drøfte hvordan lignende hendelser kan forebygges. I HMS-gruppene brukes avvikene til å identifisere mønstre og utvikling over tid, og til å drøfte behov for endringer i arbeidsmåter eller sikkerhetstiltak.

Virksomhetsleder opplyser at avvik også tas opp i møter der alle avdelingslederne deltar. I disse møtene brukes avvik blant annet til å belyse felles utfordringer på tvers av avdelinger og til å diskutere om det er behov for felles tiltak eller justeringer i rutiner. Videre beskrives at avvik har vært tema på ledermøter på virksomhetsnivå, som en del av arbeidet med systematisk kvalitetsforbedring.

Revisjonen har mottatt et dokument som inneholder referater fra HMS-møter mellom 2024 og 2026 (Gjerdrum kommune 2026b). Referatene beskriver hvilke avvik som blir meldt inn, hva avvikene dreier seg om og hvordan disse skal følges opp. I referat fra mai 2025 står det blant annet at det har kommet inn mange avvik den siste perioden og at dette er nyttig med tanke på forbedringsarbeid. Mange av avvikene er imidlertid fylt ut feil og har blitt sendt tilbake til den ansatte som sendte inn avviket. I referatet står det at hvordan man skriver avvik riktig, vil tas opp på personalmøte og bli et tema på fagdag. Ansatte oppfordres til å lese prosedyren på hvordan avvik skrives og hvordan disse skal fylles ut.

Virksomhetsleder for pleie og omsorg opplyser i intervju at kommunen tidligere har rapportert avvik og trender til AMU, og at dette har vært en del av lærings- og forbedringsarbeidet knyttet til arbeidsmiljø og HMS. Fremover skal avvik rapporteres i Framsikt, noe som vil gi en annen form for oversikt og samlerapportering. Formålet med de ulike gjennomgangene er å bruke avvik aktivt i læringsarbeidet, både for å forebygge nye hendelser og for å støtte ansatte i å håndtere vanskelige situasjoner.

Kommunalsjef for helse, omsorg og mestring forteller i intervju at avdelingene har redusert avvikene knyttet til medisiner. Dette er avvik som håndteres så raskt som mulig etter hendelsene, og avdelingene har jobbet med å forbedre opplæringen av de ansatte.

4.3 Revisjonens vurdering

Etter revisjonens vurdering har kommunen etablert et felles system og rutiner for avvikshåndtering i hjemmetjenesten. TQM brukes til å registrere, behandle og lukke avvik, og det

foreligger skriftlige rutiner som beskriver ansvar, fremgangsmåte og krav til dokumentasjon. Ansatte i tjenesten får opplæring i bruk av systemet for avviksrapportering, og det er innført lesebekreftelser i kvalitetssystemet for å følge med på om rutiner er lest. Intervjuene revisjonen har gjennomført tyder på at ansatte er opptatt av å rapportere avvik, og hjemmetjenesten har rutiner for oppfølging av avvikene. Samtidig viser intervjuene enkelte praktiske utfordringer, blant annet knyttet til at avvik kan bli registrert på feil avdelingsleder, og det er noe usikkerhet om hvor godt alle ansatte behersker systemet.

Etter revisjonen vurdering brukes avvik også til læring og forbedring i tjenesten. Avvik tas jevnlig opp i HMS-grupper, avdelingsmøter og lederfora, og brukes der til å identifisere trender, diskutere årsaker og vurdere behov for tiltak. Kommunen viser til flere prosedyrer innen eksempelvis fallforebygging og legemiddelhåndtering som brukes løpende i forbedringsarbeidet, og ledelsen opplyser at avvik knyttet til medisiner er redusert etter økt opplæring.

5 KONKLUSJON OG ANBEFALINGER

Denne undersøkelsen har hatt som formål å undersøke hvordan kommunen følger opp ernæringsbehov og bruken av avviksmeldinger i hjemmetjenesten. I tillegg har revisjonen undersøkt hvordan kommunen jobber med å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten. På bakgrunn av dette har vi sett nærmere på følgende problemstillinger:

1. Hvordan jobber kommunen med å sikre tilstrekkelig kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten?
2. I hvilken grad følger kommunen opp brukernes ernæringsbehov i hjemmetjenesten?
3. I hvilken grad benytter kommunen avviksmeldinger i hjemmetjenesten til å forebygge og følge opp uønskede hendelser?

Problemstilling 1 er beskrivende og vil derfor ikke konkluderes på.

Ernæringsbehov

Revisjonens konklusjon er at kommunen i stor grad har rutiner for å følge opp brukernes ernæringsbehov i hjemmetjenesten, men at det er rom for forbedringer i praksis.

Kommunen har etablert skriftlige prosedyrer og verktøy for ernæringsarbeidet, samt rutiner for veiing av brukere i risiko og for å knytte ernærings tiltak til pleieplaner i journalsystemet. Dette er i tråd med kravene om skriftlige prosedyrer og kartlegging ved oppstart av tjenester.

Datagrunnlaget tyder likevel på at gjennomføring og dokumentasjon ikke fullt ut samsvarer med egne rutiner og nasjonale anbefalinger. Kartlegging og veiing skjer ikke alltid systematisk, vekt registreres ikke konsekvent, og flere informanter beskriver at ernæringsarbeidet til tider blir nedprioritert i en travel hverdag. Dette svekker forutsetningene for en systematisk identifisering og oppfølging av brukere i ernæringsmessig risiko.

Prosedyren for ernæringsstatus viser til at det skal benyttes individuell ernæringsplan. Dokumentasjonen revisjonen har mottatt viser at det opprettes tiltaksplaner i journalsystemet, men disse samsvarer ikke med beskrivelsen i prosedyre. I tiltaksplanene revisjonen har mottatt er tiltak ofte dokumentert som enkelttiltak fremfor som helhetlige planer med mål og tidspunkt for evaluering. Kommunen iverksetter altså tiltak, men dokumentasjonen revisjonen har mottatt tyder på at evaluering og dokumentasjon av tiltak skjer noe ujevnt og ikke alltid i tråd med egne rutiner.

Avvikshåndtering

Revisjonens konklusjon er at kommunen i stor grad avdekker avvik i hjemmetjenesten og at avviksmeldingene benyttes til å forebygge og følge opp uønskede hendelser.

Undersøkelsen viser at kommunen i hovedsak oppfyller revisjonskriteriene om å ha et felles avvikssystem og skriftlige rutiner for avvikshåndtering i hjemmetjenesten. Avvik registreres i kommunens kvalitetsstyringssystem og kommunen har prosedyrer som beskriver formål, ansvar og gjennomføring. Avvik meldes og behandles i tråd med disse rutinene, og tas opp i relevante fora som HMS-grupper, personal- og avdelingsmøter og ledermøter. Revisjonens funn tyder på at avvik også

brukes til å identifisere trender og drøfte årsaker og tiltak, og at avvik på enkelte områder, særlig legemiddelhåndtering, er fulgt opp med opplæring og nye rutiner.

Samtidig tyder funnene på at det er et forbedringspotensial når det gjelder å sikre at alle ansatte behersker avvikssystemet, å styrke den systematiske analysen av avvik over tid og å bidra til at avvik i større grad oppleves som et verktøy for læring og risikoreduksjon fremfor å kun brukes til registrering.

Basert på det som kommer fram i undersøkelsen anbefaler revisjonen at kommunedirektøren:

1. vurderer å i større grad systematisere kartleggingen av ernæringsstatus ved oppstart av tjenesten og sørger for at denne blir tilstrekkelig dokumentert
2. vurderer å i større grad systematisere praksis for oppfølging og evaluering av ernæringstiltak
3. vurderer behovet for bruk av individuelle ernæringsplaner

LITTERATUR- OG KILDELISTE

Helsedirektoratet (2022). *Forebygging og behandling av underernæring. Nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/underernaering/om-underernaering>

Helsedirektoratet (2024). *Forebygging og behandling av underernæring*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-og-behandling-av-underernaering> [26.05.2026].

VIKUS (2024). *Plan for forvaltningsrevisjon 2024–2028. Kontrollutvalget i Gjerdrum kommune*. Hentet fra <https://vikus.no/wp-content/uploads/2020/10/Plan-for-forvaltningsrevisjon-2024-2028-Kontrollutvalget-i-Gjerdrum-2.pdf> [26.05.2026].

Dokumenter fra kommunen

Gjerdrum kommune (2018a). Sjekkliste for opplæring av nyansatte i hjemmetjenesten Dokument-ID 8805-01. Godkjent 10.9.2018.

Gjerdrum kommune (2018b). Veiledende sjekkliste ved søknad om helse og omsorgstjenester. Godkjent 09.10.2018

Gjerdrum kommune (2025a). Prosedyre for ernæringsstatus hos hjemmeboende tjenestebrukere. Dokument-ID 16772-1. Godkjent av virksomhetsleder pleie og omsorg 11.03.2025.

Gjerdrum kommune (2025b). Sjekkliste-medisinsk kartlegging av hjemmeboende pasienter ved oppstart av tjeneste. Dokument-ID 16883-1. Godkjent av virksomhetsleder pleie og omsorg 31.03.2025.

Gjerdrum kommune (2026a) *Virksomhetsplan - Pleie og omsorg*. Datert 15.01.2026.

Gjerdrum kommune (2026b) *Referat fra HMS-møter 2024-2025-2026*.

Gjerdrum kommune (2026c) *Handlingsplan for hjemmetjenesten*.

Gjerdrum kommune (2026d) *Handlingsplan for sykepleiertjenesten*.

VEDLEGG 1 KOMMUNEDIREKTØRS UTTALELSE

Hei

Kommunedirektøren tar revisjonens anbefalinger til etterretning. Helse, mestring og omsorg vil følge opp anbefalingene gjennom å:

- gjennomgå og systematisere rutinene for kartlegging og dokumentasjon av ernæringsstatus ved oppstart av tjenester
- tydeliggjøre praksis for oppfølging og evaluering av ernæringstiltak
- vurdere behovet for, og bruken av, individuelle ernæringsplaner

Arbeidet vil inngå i tjenestenes videre kvalitets- og forbedringsarbeid.

Vennlig hilsen

Daniel Berg-Hansen
Kommunedirektør

Gjerdrum kommune
Mob: 92 60 70 38

VEDLEGG 2 REVISJONSKRITERIER

Revisjonskriterier og kilder

Revisjonskriterier er de normer og krav som stilles til kommunens virksomhet som er omfattet av en forvaltningsrevisjon. Revisjonskriteriene er dermed målestokken som kommunens praksis vurderes opp mot.

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

- Helse- og omsorgstjenesteloven
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien)
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene
- Nasjonal faglig retningslinje for forebygging og behandling av underernæring

Kompetanse og kapasitet

For problemstilling 1 skal det ikke utledes revisjonskriterier. Dette er en beskrivende problemstilling, der formålet er å kartlegge hvordan kommunen arbeider med kompetanse og kapasitet i hjemmetjenesten. Revisjonen vil beskrive eksisterende organisering, tiltak og utfordringer, uten å vurdere dette opp mot et normativt grunnlag.

Ernæringsbehov

Forskrift om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien) fremhever i § 3 bokstav b. at tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett og det skal tas hensyn til at pasienten får et variert og tilstrekkelig kosthold, samt hjelp ved måltider.

Formålet med kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene er at den skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel. Forskriften kommer til anvendelse ved kommunens gjennomføring av pleie- og omsorgstjenester, uavhengig av hvor tjenesten utføres (§ 2).

Ifølge forskriftens § 3 skal kommunen etablere et system av prosedyrer som søker å sikre at:

- tjenesteapparatet og tjenesteyterne kontinuerlig tilstreber at den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid, og i henhold til individuell plan når slik finnes
- det gis et helhetlig, samordnet og fleksibelt tjenestetilbud som ivaretar kontinuitet i tjenesten
- brukere av pleie- og omsorgstjenester, og eventuelt pårørende/verge/hjelpeverge, medvirker ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelse av tjenestene.

For å løse oppgavene som er nevnt over skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov.

Med grunnleggende behov viser forskriften blant annet til fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat.

Helsedirektoratet har en nasjonal faglig retningslinje som omhandler forebygging og behandling av underernæring (Helsedirektoratet 2024). I retningslinjen heter det at alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved oppstart av helse- og omsorgstjenester. Tidlig identifisering av pasienter i risiko gjør det mulig å iverksette tiltak før underernæring oppstår. Helsedirektoratet skriver at risiko for underernæring er høyest for eldre på sykehus, etterfulgt av beboere på sykehjem og eldre hjemmeboende

Dersom kartlegging av ernæringsmessig status viser risiko for underernæring, bør det ifølge direktoratets retningslinje opprettes en individuell ernæringsplan med formål om å sikre tilpasset og tilstrekkelig ernæring. Ernæringsplanen skal tilpasses resultatet av ernæringskartleggingen og skal inneholde mål, tiltak og tidspunkt for evaluering. Det er viktig at personen får individuell tilpasning slik at pasienten får rett behandling i tråd med behov og ønsker.

Forebygging og behandling er en del av det å gi forsvarlig helsehjelp til personer som har behov for det. Vurdering av risiko for underernæring skal ifølge den nasjonale retningslinjen utføres av personell som er kvalifisert til dette. Vurdering og evaluering omfatter særlig at

- personer i risiko for underernæring blir identifisert, kartlagt og fulgt opp
- tiltak blir systematisk vurdert
- organisering, ansvarsfordeling og oppgaver er tydelige og kjent for de ansatte
- det finnes riktig og nødvendig kompetanse
- det foreligger retningslinjer og prosedyrer og at disse blir fulgt
- det meldes avvik om nødvendig, og at disse blir benyttet i kvalitetsforbedrende arbeid
- ernæringsarbeidet dokumenteres i tråd med faglige og lovpålagte krav

(Helsedirektoratet 2022⁵, side 39).

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 2:

⁵ <https://www.helsedirektoratet.no/forebygging-diagnose-og-behandling/diagnose-og-behandling/underernaering/om-underernaering>

Problemstilling 2	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad følger kommunen opp brukernes ernæringsbehov i hjemmetjenesten?	→ Kommunen skal ha utarbeidet skriftlige nedfelte prosedyrer som sikrer mottakere av hjemmetjenester tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat → Kommunen skal sikre at mottakere av hjemmetjenester kartlegges for ernæringsmessig status og vurderes for ernæringsmessig risiko for underernæring ved oppstart av tjenesten → Kommunen bør utarbeide en individuell ernæringsplan når risiko for underernæring avdekkes for å sikre tilpasset tilstrekkelig ernæring → Kommunen bør systematisk vurdere og evaluere tiltak knyttet til brukernes ernæringsbehov

Avvikshåndtering

I kommuneloven § 25-1 heter det at kommunen skal ha internkontroll med administrasjonens virksomhet for å sikre at lover og forskrifter følges. Internkontrollen skal være systematisk og tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold. Herunder skal det avdekkes avvik, samt følge opp avvik og risiko for avvik.

Avvik og uønskede hendelser skal gi kommunen oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt. For at avvikssystemet skal ha den tilskittede funksjonen, må avvik gjennomgås og følges opp av ledelsen. En slik gjennomgang skal bidra til å avdekke årsaker til hendelsene og vurdere behov for korrigerende tiltak.

Kommunen er omfattet av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene. Regelverket legger til grunn at kommunen skal arbeide systematisk for å sikre forsvarlige tjenester og redusere risiko for svikt i tjenesteutøvelsen.

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 6 g om plikten til å planlegge skal virksomheten ha oversikt over avvik, herunder uønskede hendelser, evalueringer, klager, brukererfaringer, statistikk, informasjon og annet som sier noe om virksomheten overholder helse- og omsorgslovgivningen, inkludert om tjenestene er faglig forsvarlige og om virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Etter forskriftens § 8 e om plikten til å evaluere skal virksomheten gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges.

Følgende revisjonskriterier legges til grunn for problemstilling 3:

Problemstilling 3	Krav og forventninger til kommunen
I hvilken grad benytter kommunen avviksmeldinger i hjemmetjenesten til å forebygge og følge opp uønskede hendelser?	Kommunen bør → ha et felles avvikssystem → ha skriftlige rutiner for hvordan ○ avvik skal meldes ○ avvik skal behandles → Kommunen skal avdekke og følge opp avvik og risiko for avvik → Avvik skal analyseres og brukes til læring og forbedring